

健康保険 被保険者 家族 移送承認申請書・移送届

被保険者情報	被保険者証	記号	番号	生年月日	昭・平・令	年	月	日
	氏名・印	(フリガナ)		印				
	住所	〒		都・道 府・県	電話番号 (日中の連絡先)	()		
	事業所名称			提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)			

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の移送費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

申請内容	受診者(どちらかに <input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)		第三者行為によるものですか ※	はい・いいえ				
	家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭・平・令	年	月	日	続柄()	
	傷病名			発病又は負傷年月日	平・令	年	月	日	
	発病又は負傷の原因								
	移送を必要とする理由								
	移送区間及び回数			から			まで	()	回
	移送前に提出できなかったときはその理由								

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

医師・ 歯科医師記入欄	患者氏名								
	傷病名								
	移送を必要と認めた理由								
	移送方法								
	移送区間及び回数			から			まで	()	回
	上記のとおり移送の必要を認めます。				令和	年	月	日	
所在地									
医療機関等名称									
医師・歯科医師の氏名			印	電話番号	()				

受付日付印